Trousse d'information
**Novembre 2004**

L'organisation des services médicaux de première ligne à Montréal

# L'organisation des services médicaux de première ligne à Montréal

## Centre de santé et de services sociaux du Nord de l'Île et Saint-Laurent

*Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*
Québec
Montréal

106-06097/

## L'organisation des services médicaux de première ligne à Montréal

Depuis la commission Rochon jusqu'à la commission Clair, les études menées depuis vingt ans sur le système de santé québécois sont unanimes. Elles concluent à la nécessité, voire à l'urgence, de développer et de mieux intégrer les services médicaux de première ligne afin d'assurer à chaque citoyen et à chaque citoyenne un accès réel aux services médicaux, de même que la prise en charge globale de la personne à toutes les étapes de sa vie.

En réponse à ce constat, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entrepris de donner suite à l'une des principales recommandations de la commission Clair et de soutenir l'implantation de groupes de médecine de famille (GMF) sur l'ensemble du territoire québécois. L'Agence de Montréal appuie cette orientation sans réserve et consacre le premier volet de sa stratégie visant à améliorer l'organisation des services médicaux de première ligne à la création de GMF. Compte tenu de la réalité montréalaise - besoins de la population, problématiques sociales urbaines, diversité des modes d'organisation et de pratique des médecins omnipraticiens, présence de plusieurs centres hospitaliers (CH) et salles d'urgences, etc. -, l'Agence a développé le concept de Centre médical associé (CMA), dont le déploiement sur l'ensemble du territoire constitue le deuxième volet de sa stratégie visant la réorganisation des services médicaux de première ligne.

Les deux volets de la stratégie montréalaise sont à la fois convergents et complémentaires. Convergents en ce qu'ils visent un même but, soit l'accès à des services garantissant la prise en charge médicale et le suivi de chaque personne, complémentaires en ce qu'ils permettent d'offrir une prise en charge globale, c'est-à-dire médicale et clinique, de chaque personne et de la population.

### Les GMF : premier volet de la stratégie visant la réorganisation des services médicaux de première ligne à Montréal

Un GMF regroupe de 8 à 12 médecins, dont le temps de travail est « équivalent à temps plein » (ETP), qui s'engagent à dispenser, à une clientèle qui s'est inscrite volontairement, une gamme complète de services de prise en charge médicale, avec ou sans rendez-vous, 7 jours sur 7. Dans la pratique, cela signifie 12 heures de disponibilité par jour en semaine et 4 heures par jour la fin de semaine et les jours fériés, avec garde médicale de 24 heures sur 7 jours pour les clientèles inscrites qui souffrent de maladies comportant un risque de décompensation. Le GMF dispose également de services infirmiers étendus[1], ce qui équivaut à 70 heures de disponibilité par semaine. Ce personnel est en mesure d'assurer, conjointement avec le médecin, un accompagnement allant du service de dépistage jusqu'au suivi systématique des clientèles vulnérables.

**Qu'est-ce qu'un GMF ?**

Il est prévu qu'un GMF aura 15 000 clients inscrits, soit 1 500 clients par médecin ETP. L'objectif du MSSS est d'implanter quelque 300 GMF au Québec, ce qui correspond à l'inscription de 70 % de la population. En septembre 2004, on comptait 8 GMF accrédités à Montréal et 3 en voie d'accréditation.

La réforme du système de santé entreprise récemment par le gouvernement avec l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux poursuit la même visée d'intégration des services de santé que les GMF. En effet, la création, partout au Québec, de centres de santé et de services sociaux (CSSS) et le développement, par ces nouvelles instances, de réseaux locaux de services, vise essentiellement à améliorer l'état de santé et de bien-être des populations concernées et à assurer la prise en charge globale et continue des personnes, tant pour les besoins de santé que pour les besoins sociaux.

1 La commission Clair recommande que ces services soient dispensés par des infirmières cliniciennes ou praticiennes.

Avec les GMF, les CSSS et les réseaux locaux, les structures sont en place pour permettre une réelle prise en charge des besoins individuels et collectifs en matière de santé et de services sociaux. D'un côté, les GMF assureront la prise en charge médicale des personnes alors que les CSSS et les réseaux locaux assumeront la prise en charge clinique en garantissant la coordination et la continuité des services de santé et des services sociaux.

## Les CMA : deuxième volet de la stratégie de réorganisation des services médicaux de première ligne à Montréal

Le concept de CMA a été développé par l'Agence de Montréal et son Département régional de médecine générale (DRMG) à la suite de la récente démarche de planification stratégique de l'Agence. Les CMA visent principalement à assurer une meilleure intégration entre les nouveaux CSSS et les omnipraticiens dans le contexte spécifique de la région de Montréal. Cette intégration s'avère toutefois complexe, notamment en raison du grand nombre de points de services où se retrouvent les omnipraticiens. Certains pratiquent dans des cliniques regroupant plusieurs médecins omnipraticiens et spécialistes, tandis que d'autres travaillent en cabinet, en solo ou en établissement (CLSC, CHSLD, CH). En outre, la pratique médicale à Montréal est différente de celle que l'on observe en région ou dans de plus petites agglomérations en raison d'une forte concentration d'hôpitaux avec des salles d'urgence et d'une offre de services très large bien que souvent mal intégrée.

Les omnipraticiens montréalais sont déjà touchés par la réorganisation du système de santé, que ce soit par le développement des GMF, l'entrée en vigueur de la loi sur les activités médicales particulières[2] ou par la création des CSSS et des réseaux locaux. Ce mouvement vers l'intégration modifiera considérablement la façon de faire des principaux intéressés qui ont des pratiques, des approches et des modes d'organisation extrêmement diversifiés. À l'évidence, la coordination et la mise en commun des efforts présentent ici un défi considérable. Pour y répondre, les dirigeants de l'Agence et du DRMG ont développé le concept de CMA dont le but premier sera d'assurer une coordination opérationnelle entre les médecins d'un territoire, responsables de la prise en charge médicale de leurs clients, et le CSSS qui assurera l'accessibilité et la continuité de l'offre de services de santé et de services sociaux à la population.

En bref, un CMA est une clinique bien établie, un groupe de cliniques ou encore l'équipe médicale d'un CLSC, d'un GMF ou d'une unité de médecine familiale. Dans chacun des cas, l'organisme offre déjà des services à la population et accepte de jouer un rôle de coordination et de liaison avec le CSSS du territoire sur lequel il est situé. Le CMA donne accès à une gamme complète de services médicaux de première ligne, dont des consultations avec ou sans rendez-vous, 365 jours par année, de 8 h à 22 h en semaine et de 8 h à 17 h la fin de semaine et les jours fériés. Le CMA s'assure également que des services de garde médicale sont disponibles en dehors des heures d'ouverture pour les clientèles vulnérables. En garantissant l'accès à un médecin en tout temps, les CMA constitueront un filet de sécurité pour la population.

Par ailleurs, les CMA auront l'obligation d'aider à trouver un médecin traitant pour les clientèles vulnérables qui n'en ont pas et dont l'état nécessite un suivi médical continu. Ces patients pourront être référés par le CSSS s'il ne dispose pas des ressources médicales pour en assumer lui-même la prise en charge. Cela ne signifie pas que les médecins des CMA devront obligatoirement prendre la responsabilité de tous ces patients, mais plutôt que le CMA devra établir des liens avec les omnipraticiens de sa communauté en vue de trouver un médecin pour les patients vulnérables, dits « orphelins ».

En plus de coordonner les services médicaux et d'assurer une liaison avec leur CSSS, les CMA rendront accessibles aux médecins omnipraticiens de leur territoire les plateaux techniques

2 Projet de loi n° 142 - Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins.

appropriés pour des tests urgents (laboratoire, imagerie, etc.). L'Agence entend s'assurer que le développement des CMA n'équivaut pas à mettre en place un réseau de cliniques spécialisées sans rendez-vous. C'est pourquoi elle exige des cliniques ou groupes intéressés à devenir CMA qu'ils démontrent leur capacité à dispenser des services selon une approche de prise en charge globale, continue et personnalisée. En outre, au moins 50 % de leurs activités doivent être consacrées au suivi médical sur rendez-vous. En obligeant les candidats CMA à prendre un tel engagement, l'Agence vise une prise en charge semblable à celle préconisée au sein des GMF. Pour cette raison, il est prévisible que la convergence des objectifs et des pratiques amènera les CMA à évoluer vers le statut de CMA-GMF. De la même façon, les GMF seront incités à évoluer vers le statut de GMF-CMA. La stratégie de l'Agence consiste, dans un premier temps, à désigner au moins un CMA sur chaque territoire de CSSS.

## GMF et CMA : un déploiement convergent et complémentaire

L'Agence de Montréal souhaite arriver le plus rapidement possible à une intégration efficace de l'activité médicale à l'intérieur des CSSS. Pour ce faire, elle entend poursuivre en parallèle l'implantation des GMF et des CMA. Les CMA prendront naissance dans le cadre d'ententes entre le CSSS du territoire où ils sont situés et l'organisation médicale qui y assure l'offre de services. Un CMA desservira, à terme, une population de 50 000 personnes. Dans la région de Montréal, il est prévu qu'il faudra implanter entre 35 et 40 CMA pour répondre aux besoins de la population. Dès l'automne 2004, une première vague d'implantation est prévue dans la foulée de la mise en place des CSSS.

Pour ce qui est des GMF, on en prévoit entre 75 et 100 sur l'île de Montréal, chacun ayant une capacité de prise en charge de 15 000 personnes. D'ici quelques années, on estime qu'au moins 30 de ces GMF devraient également assumer les rôles d'un CMA. En septembre 2004, 8 GMF étaient dûment accrédités à Montréal, 3 projets étaient en préparation et 2 groupes de médecins avaient manifesté leur intérêt à former un GMF. Un important programme de soutien financier a été créé par le MSSS afin de favoriser le développement de GMF (démarrage, fonctionnement, informatisation). En ce qui concerne les CMA, c'est l'Agence qui en assure le financement à même le budget régional.

*«Les GMF existants servent de vitrine pour démontrer l'utilité et la faisabilité de cette formule. Il est prévu que l'intérêt des médecins pour cette forme d'organisation ira en s'accroissant.»*
*David Levine*

## Une nouvelle organisation des services médicaux de première ligne pour en améliorer l'accès et étendre la prise en charge médicale

Grâce au développement continu des GMF, d'une part, et à l'implantation des CMA, d'autre part, les CSSS ainsi que l'Agence de Montréal et son DRMG disposeront des outils nécessaires pour améliorer l'accès aux services médicaux et étendre la prise en charge médicale.

Le DRMG compte jouer un rôle déterminant dans le déploiement de cette double stratégie dont il a été l'initiateur et un promoteur convaincu. Il appuiera donc l'Agence dans ses efforts pour la mettre en œuvre en permettant que ses tables sous-régionales servent de lieux d'information, d'échange et de concertation.

Jusqu'à maintenant, les médecins de la région de Montréal ont réussi à maintenir la meilleure accessibilité possible des services. Ils ont su s'adapter aux besoins grandissants de la population malgré les conditions difficiles créées par la pénurie d'effectifs. Pour être vraiment en mesure de faire face au défi du vieillissement de la population, les seules stratégies prometteuses sont celles qui prévoient le regroupement des ressources disponibles, l'amélioration de leur coordination et l'arrimage de la pratique médicale avec l'ensemble des services de santé et des services sociaux. C'est ce que propose la stratégie montréalaise.

## CSSS du Nord de l'île et Saint-Laurent[3]

**0 GMF** **14 cliniques médicales*** **3 CMA potentiels**

### Les GMF

Il n'y a pas de Groupe de médecine de famille (GMF) accrédité ou en voie d'accréditation dans ce secteur.

### Les cliniques médicales et les CMA potentiels

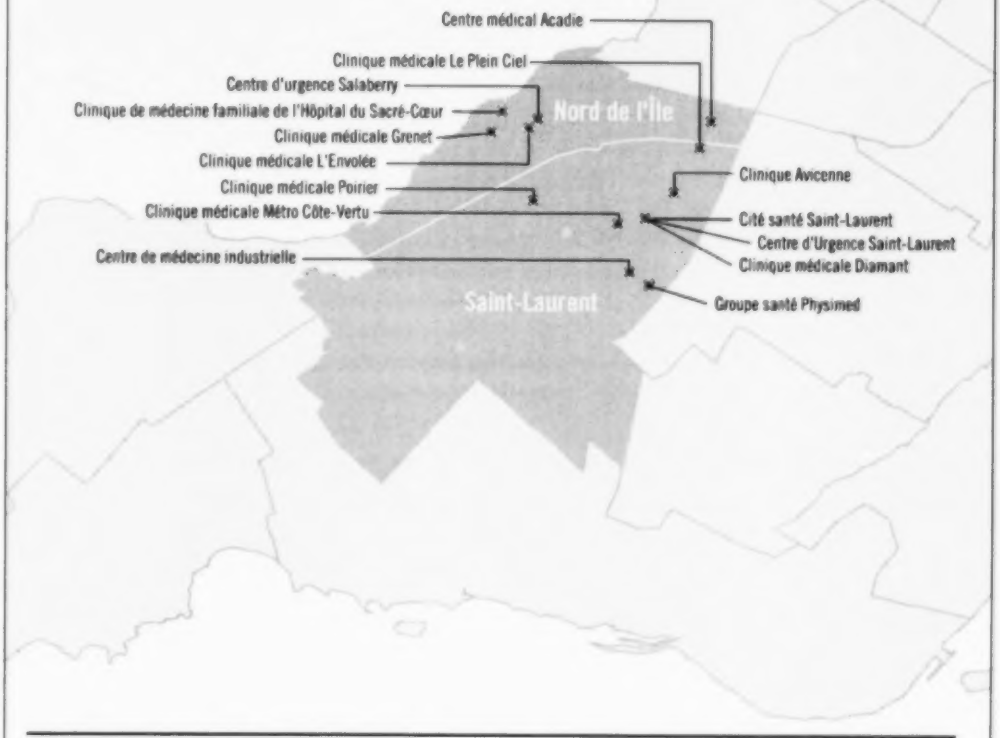
| | |
|---|---|
| **Centre d'urgence Salaberry**<br>**4990, rue de Salaberry**<br>**bureau 101**<br>**Montréal** | Centre médical Acadie<br>9825, boul. l'Acadie<br>bureau 101A<br>Montréal |
| Clinique de médecine familiale<br>de l'Hôpital du Sacré-Cœur<br>5400, boul. Gouin Ouest<br>Montréal | Clinique médicale Grenet<br>12245, rue Grenet<br>rez-de-chaussée 4<br>Montréal |
| Clinique médicale L'Envolée<br>5025, rue de Salaberry<br>Montréal | **Centre d'Urgence Saint-Laurent**<br>**960, av. Sainte-Croix**<br>**bureau 208**<br>**Saint-Laurent** |
| Centre de médecine industrielle<br>300, boul. Marcel-Laurin<br>bureau 102<br>Saint-Laurent | Cité santé Saint-Laurent<br>960, av. Sainte-Croix<br>bureau 416<br>Saint-Laurent |
| Clinique Avicenne<br>815, boul. de la Côte-Vertu<br>Saint-Laurent | Clinique médicale Diamant<br>960, av. Sainte-Croix<br>bureau 206<br>Saint-Laurent |
| Clinique médicale Le Plein Ciel<br>123, boul. de la Côte-Vertu<br>Saint-Laurent | Clinique médicale Métro Côte-Vertu<br>1135, boul. Décarie<br>bureau 3<br>Saint-Laurent |
| Clinique médicale Poirier<br>1675, rue Poirier<br>Saint-Laurent | **Groupe santé Physimed**<br>**6363, route Transcanadienne**<br>**Saint-Laurent** |

**CMA potentiels prêts pour l'implantation.**

* Seules les cliniques qui offrent des services généraux, avec ou sans rendez-vous, figurent dans ce tableau.

3 Sources : Répertoire des ressources de la SOGIQUE, juin 2004.
MSSS, communiqué de presse, cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux, juillet 2004.

## La localisation* des cliniques médicales | CSSS du Nord de l'Île et Saint-Laurent




* L'emplacement des points sur la carte est approximatif.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montréal